

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 29

Travail de la Clinique du Professeur A. POLLOSSON

FIXATION INTRAPARIÉTALE DES LIGAMENTS RONDS

(Procédé de DOLÉRIS)

Modification à ce procédé pour l'adapter à l'incision de PFANNENSTIEL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE GIACARDY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Bordeaux, le 3 septembre 1888



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

—
1911

FIXATION INTRAPARIÉTALE DES LIGAMENTS RONDS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 29

Travail de la Clinique du Professeur A. POLLOSSON

FIXATION INTRAPARIÉTALE DES LIGAMENTS RONDS

(Procédé de DOLÉRIS)

Modification à ce procédé pour l'adapter à l'incision de PFANNENSTIEL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE GIACARDY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Bordeaux, le 3 septembre 1888



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique	{	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		X.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	aggrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LÉSIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARGET BRETIN LERICHE THEVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMAND
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, président ; VALLAS, assesseur ; GAYET et PATEL, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Son dévouement et sa bonté
pour moi furent sans bornes.
Son souvenir sera toujours vi-
vant en moi, et je lui dédie ce
modeste travail en gage de mon
infinie reconnaissance.

A MON PÈRE

Nous sommes deux grands
amis. Il a toujours cherché à
me rendre heureux. C'est pour
moi, aujourd'hui, une douce
satisfaction de le remercier
bien haut de sa bonté pour
moi.

A MON FRÈRE

Sa profonde affection et ses
sages conseils ne m'ont jamais
fait défaut. Je n'oublierai jamais
tout ce qu'il a fait pour moi. Il
peut être sûr que je l'estime et
que je l'aime beaucoup.

A TOUS MES PARENTS ET A MES BONS AMIS

GILBERT LARRIEU et GÉRARD QUEHEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

*Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien de la Charité*

Il nous a toujours reçu dans son service avec la plus grande bienveillance. Il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse. Nous sommes heureux de lui exprimer notre bien vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. PELLANDA

Moniteur de Clinique gynécologique à la Charité

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse. Nous le remercions bien sincèrement des nombreux conseils qu'il nous a prodigués.

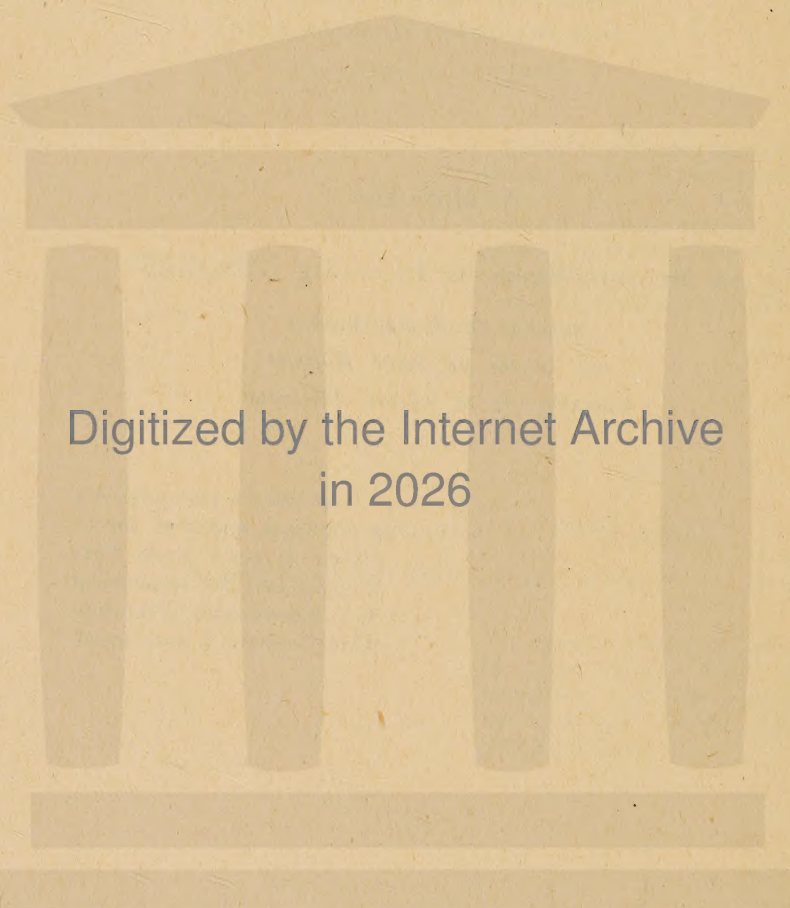
A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR

LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE BUSQUET

*Major de l'Ecole d'Application
du Service de Santé Militaire
Chevalier de la Légion d'Honneur*

C'est grâce à ses leçons et à
ses conseils que nous devons
d'avoir été reçu à l'Ecole. Nous
le remercions bien sincèrement
de la bienveillance qu'il a tou-
jours manifesté à notre égard.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les rétroversions utérines constituent dans la pratique gynécologique, une des affections les plus communément rencontrées. Beaucoup de traitements et les plus différents ont été proposés pour remettre et maintenir en bonne position l'organe déplacé ; les uns médicaux ou orthopédiques, les autres franchement chirurgicaux. C'est que la conduite à tenir dépend beaucoup de l'état de l'utérus et de ses annexes. Un utérus rétroversé, mais mobile, pourra être maintenu, et quelquefois la rétroversion définitivement réduite, par un simple pessaire, moyen trop dédaigné aujourd'hui. Les massages utérins, l'électrisation, la prière mahométane, la désinfection de l'appareil génital, constitueront de précieux auxiliaires à ce traitement.

Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus adhérent, d'annexes malades souvent causes du déplacement, ces moyens sont insuffisants et une intervention sanglante devient nécessaire.

Nous nous bornerons ici à envisager ces rétroversions nettement adhérentes et nous étudierons un nouveau procédé de fixation ligamentaire.

Dans un premier chapitre nous indiquerons quels sont les moyens de soutien ligamentaires de l'utérus à l'état normal, données indispensables à la description de l'opération de M. le Docteur Pellanda.

Puis nous étudierons l'hystéropexie directe avec ses indications et l'hystéropexie indirecte. — Nous décrirons ensuite la technique opératoire et les avantages de l'opération qui fait le sujet de notre travail et nous en donnerons ce qui importe le plus en pareil cas, les résultats éloignés.

CHAPITRE PREMIER

Données anatomiques

Action prédominante des ligaments ronds dans la suspension de l'utérus.

Beaucoup d'opérations ont été proposées et pratiquées pour mettre l'utérus rétro-dévié en bonne position. Avant de parler de ces différentes interventions, nous pensons qu'il est logique de rappeler, en quelques mots, quels sont à l'état physiologique les moyens de soutien qui maintiennent l'utérus en antéflexion, leur rôle et leur valeur respectives.

Ce qu'il faut avant tout ne jamais perdre de vue dans ces opérations, c'est que l'utérus est un organe mobile qui se déplace en arrière quand la vessie est pleine, en avant par la distension du rectum ; en haut quand ces deux organes sont pleins en même temps et qui, par conséquent, ne doit pas être bridé d'une façon trop étroite. Or, quels sont les ligaments qui le maintiennent sans le fixer d'une façon immuable ? Certains :

(Lawson Tait), ont pensé que les ligaments larges avaient une part active, prépondérante même, dans cette action que les autres ligaments ne faisaient que renforcer en faibles adjuvants. Mais comme dit Lawson : « Si l'on considère en effet leur faiblesse relative, leur laxité et leur grande mobilité, on s'aperçoit qu'ils n'ont nullement pour but de contribuer à la fixité utérine. Les travaux de M^{me} Boivin, de Jarjavay, et du Professeur Farabeuf, ont prouvé au contraire, que les ligaments larges servaient surtout de soutien aux deux grandes voies vasculaires qui aboutissent à l'utérus, ou qui en partent. »

En somme, on ne devra s'adresser à eux que dans les cas de latéroverson, auxquels cas ils ont alors une action prédominante.

Les ligaments utéro-sacrés ont-ils une part plus active dans cette autre version physiologique ? Certains ont pu penser, comparant en quelque sorte l'utérus à un levier du premier genre que le col tiré en arrière par ces ligaments, le corps et le fond utérin se mettaient par suite en antéflexion. Nous pensons que si ces ligaments sont utiles dans la statique utérine, ils n'ont néanmoins pas à ce point de vue, le rôle prépondérant.

Il nous reste alors les ligaments ronds. Leur insertion sur le fond utérin, leur permet une action directe sur le maintien en antéflexion de cet organe. Leur structure anatomique (prédominance de fibres lisses avec, à la partie antérieure, un faisceau de fibres striées), en expliquent la grande résistance (2 kilogr. P. Delbet), et en même temps l'élasticité. Ils n'exer-

cent donc pas une action de maintien rigide, mais ils luttent par leur tonicité contre les causes qui tendent à basculer l'utérus en arrière.

Pendant la grossesse, l'utérus se développant, surtout au niveau du bord et de la face postérieure, leur insertion s'abaisse d'autant et ils n'entravent pas la dilatation de cet organe. Ce sont donc les ligaments qui paraissent avoir l'action prédominante pour le maintien de l'utérus en anteflexion.

Ces préliminaires physiologiques étant posés, il nous paraît utile d'exposer les différentes opérations ayant pour but de maintenir en bonne place l'utérus rétro-dévié en les classant d'après l'organe auquel elles s'adressent.

On peut classer ces interventions en deux grandes classes :

a) Les unes fixant directement l'utérus, soit au vagin, soit à la paroi abdominale.

b) Les autres le fixant indirectement par l'intermédiaire de ligaments.

Nous parlerons d'abord de l'hystéropexie directe.

CHAPITRE II

Hystéropexie directe

Ses inconvénients. — Indications.

Nous parlerons d'abord de l'hystéropexie abdominale.

Les premières tentatives d'hystéropexie abdominale furent extra-péritonéales. En 1859, Marion Sims fit passer dans un utérus rétro-dévié une sonde coudée à laquelle il se proposait de faire perforer l'utérus, puis la paroi; il pensait la maintenir ensuite par un fil tenu à l'intérieur par un petit appareil. Il n'osa pas terminer l'opération.

Plus tard Carrera, après incision de la peau et des muscles, Kelly, sans cette incision, fixèrent l'utérus à la paroi par transfixion. On usa peu d'un procédé aussi aveugle.

Mais en 1869, Koeberlé laparotomisa une malade atteinte d'occlusion intestinale par rétroversion de l'utérus, et fit l'opération qui, renouvelée par Marion Sims,

Søenger, Lawson Tait et bien d'autres, introduite en France par le Professeur Terrier, fut baptisée par Trelat, sous le nom d'hystéropexie. Procédé nettement chirurgical, elle plut vite aux interventionnistes et eut une période de gros succès.

D'après Blondel, on peut ramener cette opération à deux types :

a) *Procédé d'Olshausen-Søenger*. — L'utérus est fixé par deux points situés en avant et un peu au-dessous des cornes.

b) *Procédé Léopold-Czerny*. — L'utérus est accolé par la partie médiane de sa face antérieure.

Essayons d'en montrer les principaux inconvénients puis les avantages, afin d'en déduire ensuite les indications nettes.

A. — Objections à ce procédé

1° L'utérus rétro-dévié comprimait le rectum, l'utérus fixé à la paroi abdominale antérieure va comprimer la vessie. Une position anormale va remplacer le déplacement pathologique ;

2° Les douleurs provoquées par l'utérus rétro-dévié peuvent être remplacées par des douleurs provenant du tiraillement des adhérences. Ces douleurs furent telles dans un cas, qu'elles obligèrent M. Monprofit à faire une hystérectomie vaginale ;

3° Les adhérences formées entre le fond utérin et la paroi, peuvent s'allonger, créant entre elles des dépressions, des logettes, dans lesquelles l'intestin peut venir s'étrangler. M. P. Segond, à la Société d'Obstétri-

que, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, en sa séance du 31 mars 1899, présentait un utérus hystéropexié depuis six ans, qui avait ainsi par ce processus, provoqué à plusieurs reprises des phénomènes d'occlusion intestinale ;

4° Les adhérences peuvent se rompre et la rétrodévi-
ation se reproduire ;

5° La principale objection que l'on fait à l'hystéropexie abdominale, et plus la fixation est haute, plus cette objection paraît rationnelle, c'est qu'elle est absolument antiphysiologique. Nous avons vu précédemment, que l'utérus, organe essentiellement mobile, était, à l'état normal, maintenu par des ligaments souples, élastiques. Au lieu de cette liberté, on le fixe étroitement à la paroi ; il passe en somme d'une rétroversion pathologique à une antéposition forcée, maintenue par un lien rigide. C'est surtout au point de vue obstétrical, que les résultats seront peu satisfaisants. En effet, envisageons successivement la conception, la grossesse et l'accouchement.

Conception. — La stérilité était presque de règle dans les rétrodéviations adhérentes ; la conception sera peu favorisée par l'antéflexion exagérée post-opératoire.

Grossesse. — Pour que l'expansion utérine soit possible, il faut, soit que les adhérences s'étirent, et il est rare quand elles s'allongent, qu'elles ne finissent par se rompre, auquel cas la rétrodévi-
ation se reproduit ; soit que la paroi postérieure non fixée fournisse à elle seule « l'étoffe nécessaire au développement complet » (1),

(1) Doléris.

d'où ruptures utérines possibles. De plus, les statistiques démontrent que chez les femmes ainsi opérées, il se produit pas mal de fausses-couches.

La mort, sur vingt-une grossesses, a eu trois accouchements prématurés, dont deux certainement causés par l'intervention, et cinq avortements dont trois imputables à l'intervention.

Demelin a 20 % d'interruptions de grossesse.

Kustner en a 15 sur 98.

Villeneuve, en 1899, trouve 15 % d'avortements, et 8,2 % d'accouchements prématurés.

Accouchement. — Le défaut d'abaissement du segment cervical sus-vaginal de l'utérus provoque parfois des retards ou même des absences d'engagement. Le peu d'épaisseur de la paroi utérine postérieure prédispose à la lenteur du travail, à l'inertie utérine avec hémorragies de la délivrance.

Pinard à la Société d'Obstétrique de Paris, en 1898, dans un rapport sur les suites des opérations sur l'utérus au point de vue obstétrical, a présenté 6 observations d'accouchement à la suite d'hystéropexie.

1. Présentation successive de l'épaule et du siège.
2. Placenta sur le segment inférieur. Accouchement normal.
3. Accouchement normal.
4. Version par manœuvres externes.
5. Epaule. Rupture prématurée des membranes. Version par manœuvres internes.
6. Epaule. Version par manœuvres externes. Accouchement spontané.

Dolérís a observé, à l'hôpital Boucicaut, une femme

hystéropexié très haut, qui après l'accouchement a eu une rétention des lochies, infection « due à la flexion absolue avec atrésie mécanique de l'orifice interne du col utérin (1). » Fait cependant assez rare.

B. — Arguments en faveur du Procédé

1° Avantage de toute laparotomie, c'est-à-dire possibilité de travailler à ciel ouvert, de détruire aisément les adhérences, de traiter les annexes malades, de ne pas blesser les organes voisins.

2° Les rétrodéviations étant fréquemment accompagnées, surtout chez les femmes un peu âgées, d'un prolapsus, l'hystéropexie exerce en même temps une action de soutien.

C. — Indications de l'hystéropexie abdominale

L'hystéropexie paraît par suite être de mise dans certains cas particuliers. Une femme dont la vie génitale est terminée depuis plusieurs années présente en même temps que du prolapsus utérin, ou bien isolément, une rétroversion nettement adhérente, nécessitant une laparotomie.

Au premier abord l'opération la plus indiquée semble être la suppression de cet utérus devenu inutile, point de départ de toutes les lésions. Mais, outre que l'hysté-

(1) Doléris.

rectomie peut être chez une femme âgée une intervention dangereuse, elle ne guérira pas le prolapsus d'une façon définitive. Peu après l'opération, on verra se produire une colpocèle antérieure, puis une colpocèle postérieure, comme toutes les observations de ces cas en font foi.

Dans ce cas là, seule une opération combinée paraît être de mise. Une colporraphie antérieure, une colporraphie postérieure, puis une hystéropexie, que l'on fait précéder de la libération des adhérences, permettront à la femme de conserver un utérus fixé qu'aucune cause physiologique ne tend plus à déplacer.

Hystéropexie vaginale

Elle fut imaginée par Rabeneau en 1886, imité par Schmidt et Saenger, avec de légères modifications apportées par Schüking et Zweifel.

Cette opération se propose de fixer à la paroi vaginale antérieure le col utérin. Byford, au contraire, fixe la lèvre antérieure du col à la paroi postérieure du vagin.

Nous parlerons peu de cette opération, car aussi défectueuse au triple point de vue obstétrical, fonctionnel et anatomique que l'hystéropexie abdominale, elle présente de plus l'inconvénient d'être une opération aveugle. La vessie et l'intestin courent le risque d'une blessure facile. Cette opération n'avait de raison d'être que lorsqu'on craignait les interventions trop larges sur le péritoine.

CHAPITRE III

Hystéropexie indirecte

Raccourcissement et inclusion intra-pariétale des ligaments ronds

Trois voies sont ouvertes aux chirurgiens pour intervenir sur l'utérus par l'intermédiaire des ligaments : la voie inguinale, la voie vaginale, la voie intra-abdominale.

A. — Voie vaginale

Conçue et publiée par Alquié en 1840, cette opération fut exécutée par Alexander en 81, et Adams en 82.

Cette intervention consiste essentiellement, après incision parallèle à l'arcade de Fallope, sur une longueur de six à sept centimètres, à ouvrir le canal inguinal, libérer le ligament rond, le tirer sur une longueur de dix centimètres, et le fixer à l'aponévrose du

grand oblique par un surjet ou plusieurs points séparés. Dans un temps préliminaire, un aide aura réduit la rétrodéviation.

Objections à ce procédé. — Procédé fort élégant, cette opération, d'abord très combattue, fut ensuite acceptée par beaucoup de chirurgiens. Comme précédemment, envisageons les objections qu'on lui a faites.

a) La difficulté de découvrir les ligaments ronds dans leur portion inguinale en raison de leur minceur et de leur fusion avec le tissu cellulaire a été souvent mise en avant.

b) On a pu parler de l'insertion vicieuse possible des ligaments ronds. Racoviceanu rapporte que, chez une malade, le raccourcissement des ligaments ronds avait exagéré la rétroversion en raison de l'insertion moyenne et antérieure et non supérieure des ligaments ronds.

c) On a objecté à cette ligamentopexie qu'elle était insuffisante pour lutter contre la force de rétraction des adhérences résistantes.

d) On a dit que conçue à une époque où les opérations intrapéritonéales étaient assez dangereuses, elle n'avait maintenant plus de raison d'être puisque les laparotomies ne présentaient par elles-mêmes aucun danger, et que ce procédé était aveugle, risquant de tirailler certains organes enflammés. Et surtout, on lui a reproché de ne pas être une thérapeutique étiologique, puisqu'elle ne permettait pas de libérer les adhérences et de traiter les annexes si souvent atteintes.

e) Les altérations des ligaments ronds sont fréquentes, surtout après des métrites, la dégénérescence

graisseuse les envahit souvent à partir de trente-cinq ans. Les récidives seront donc à craindre.

Arguments en faveur. — Les trois dernières objections n'ont de valeur que contre ceux qui veulent faire de l'Alquié-Alexander une opération applicable à tous les cas de rétrodéviation. Il est évident que de grosses adhérences, qu'une annexite sérieuse, avec ou même sans hydrosalphynx, contr'indiquent absolument cette opération. Mais elle est applicable, dans les cas où un utérus mobile n'a pas pu être maintenu par le pessaire, « dans les cas mêmes, dit Doléris, de rétrodéviation compliquée d'annexite, l'utérus étant mobilisable par simple traction associée au redressement, ou rendu tel à la suite d'une thérapeutique intra-utérine prolongée. »

Quant à la seconde objection, c'est un fait trop rare pour qu'il puisse constituer un argument sérieux contre ce procédé. Et pour la première, on peut répondre qu'une pratique courante de cette opération permettra vite de distinguer le ligament rond du tissu cellulaire.

Cette opération a pour elle d'être un procédé rapide, et surtout essentiellement physiologique, « les ligaments ronds étant, comme dit Trélat, les vrais organes d'appel ou de rappel du fond de l'utérus en avant. » Au point de vue obstétrical, quand l'opération a été faite sur des cas où l'indication se posait nettement, la grossesse et l'accouchement se passent normalement et aucune récidive ne se produit.

Wood en a rénni 67 cas.

Alexander donne 6 observations.

Newmann en donne 1.

Imlack 1.

Dolérís, sur 81 cas de rétrodéviation qu'il a ainsi opérées, n'a eu que 7 succès.

C'est donc une bonne opération dans les cas de rétrodéviations assez récentes avec utérus mobile ou peu adhérent. On augmentera beaucoup les chances de réussite en traitant auparavant l'utérus par l'intérieur.

B. — Voie vaginale

On a pratiqué par la voie vaginale le raccourcissement des ligaments ronds

la fixation vaginale des ligaments ronds ;

le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ;

le raccourcissement des ligaments larges.

Ces opérations constituent, comme l'hystéropexie vaginale, un procédé aveugle, dangereux. Opérations intrapéritonéales, elles présentent les dangers de la laparotomie sans en avoir les avantages.

C. — Voie abdominale

On s'est successivement adressé aux trois différents ligaments qui maintiennent l'utérus. Etudions les opérations portant sur les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés, les ligaments ronds.

Occupons-nous tout d'abord des ligaments larges. Tait, Imbach, Duret et Folk pratiquent cette intervention

avec quelques différences de détail, le principe étant le même.

Les interventions sur les ligaments utéro-sacrés consistent à raccourcir ces ligaments, qui tirent alors le col en arrière, de façon à porter en avant le fond de l'utérus. Mais les rétroversions sont souvent accompagnées de rétroflexion et le fond utérin n'est pas suffisamment amené en avant.

Il nous reste à voir comment on peut agir sur les ligaments ronds. On peut classer les procédés en trois groupes.

a) Simple plicature des ligaments ronds.

Gill Wylie fait un pli transversal, Ruggi un pli vertical à convexité supérieure, Hartmann plisse le ligament rond en accordéon en accolant ensemble plusieurs plis, Bode fixe le pli à la corne utérine adjacente, Polk suture les deux ligaments en X.

b) Plicature des ligaments et fixation à l'utérus.

Palmer Duddley plisse les deux ligaments ronds, puis après déperitonisation, il les suture sans les anastomoser à la paroi antérieure de l'utérus.

Certains auteurs ont fait passer les ligaments ronds dans le Douglas soit en les tirant par dessus la trompe, soit en leur faisant traverser les ligaments larges ; puis après anastomose ou non, ils les suturent à la paroi postérieure de l'utérus.

Nous ferons à ce procédé de plicature avec ou sans fixation à la paroi utérine le même reproche en nous

basant sur la constitution anatomique des ligaments ronds. Ces ligaments, en effet, se divisent en deux parties, l'une intra-abdominale composée d'un axe fibro-conjonctif que renforcent des fibres musculaires ; l'autre inguinale formée simplement de fibrilles conjonctives éparpillées, sans fibres musculaires. La partie qui cède la première est donc nécessairement la portion inguinale, et au lieu de la renforcer ou de la fixer, les opérations précédentes augmentent la traction exercée sur elle. Il paraît plus rationnel de s'adresser à la partie solide des ligaments ronds. C'est ce que fit Doleris pour la première fois en 1889 en pratiquant ce que l'on appela : *ligamento-pexie abdominale* :

Dans une première opération après incision longitudinale de tous les plans, il saisit les ligaments ronds à quatre ou cinq centimètres de leur insertion utérine et les fixe dans l'angle inférieur de la plaie aux parties fibreuses sus et prépubiennes.

Dans un deuxième procédé, Doleris, tout d'abord, respecte la ligne blanche sur une hauteur de deux à trois centimètres à partir du pubis ; puis il fait passer les ligaments ronds à travers une boutonnière faite dans les grands droits et les accole au-dessus du pont fibreux qu'il avait ménagé, augmentant ainsi la solidité de la ligamentopexie.

Avant de décrire notre procédé, qui est un Doleris modifié, nous croyons utile de répondre à l'objection principale qui a été faite à cette intervention, à savoir : les risques d'occlusion intestinale. Hivet répond : « Les partisans de l'Alexander reprochent à l'opération que nous préconisons, de former au-devant de l'utérus une

fossette profonde dans laquelle une anse intestinale peut s'engager comme elle le fait quelquefois dans l'une des fossettes péritonéales et s'étrangler. L'étranglement intestinal, d'après les mêmes auteurs, peut d'ailleurs également se produire de la façon suivante : les surfaces cruentées déterminées par le décollement des adhérences utéro-rectales ou par l'ablation des annexes, donnent lieu, dans quelques cas, à la formation de brides péritonéales qui peuvent constituer d'excellents agents d'étranglement.

Il est vraiment trop aisé de répondre à cette objection. En effet, le premier mécanisme invoqué pour expliquer la production possible de l'occlusion intestinale à la suite du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, est tout-à-fait inadmissible pour plusieurs raisons. D'abord la fossette anté-utérine limitée par les ligaments raccourcis ne peut pas, à cause de ses dimensions relativement grandes, pincer une anse intestinale au point d'arrêter le cours des matières ; ensuite ses bords ne sont pas assez tranchants pour permettre l'étranglement par couture, comme celui qui peut se produire sur les brides péritonéales. Enfin, les parois de cette fossette, au lieu d'être fixes et rigides comme elles devraient l'être pour permettre en quelque sorte l'enclavement de l'intestin, sont au contraire très souples et mobiles puisque le raccourcissement des ligaments ne gêne en rien la mobilité de l'utérus.

Le second mécanisme invoqué est, il faut l'avouer, un peu plus sérieux ; toutefois il nous paraît très difficile, sinon impossible, que des brides fibreuses se for-

ment au niveau de la face postérieure de l'utérus, primitivement adhérente à la paroi rectale pour deux raisons : d'abord parce qu'une fois réduite, la matrice est beaucoup trop éloignée du rectum pour contracter, avec cet organe, de nouvelles adhérences ; ensuite parce que les anses intestinales qui occupent le cul de sac de Douglas sont, pour ainsi dire, toujours en mouvement et ne peuvent, vu leur mobilité extrême, finir par se souder soit à la paroi antérieure du rectum, soit à la face postérieure de l'utérus, c'est-à-dire aux faces cruentées. »

Nous passerons maintenant à la technique du procédé de Pellanda.

CHAPITRE IV

Technique opératoire du procédé.

Ses Avantages.

Ce qui a motivé la mise en emploi du procédé qu'on va décrire, c'est l'association du Doléris, à une incision de laparotomie spéciale, à peu près exclusivement adoptée dans le service de M. le Professeur Pollosson, l'incision de Pfannenstiel.

On connaît cette incision; elle a actuellement un grand nombre de partisans. La dissociation, le chevauchement des différents plans musculo-aponévrotiques qui constituent son principe essentiel, lui assurent une incomparable solidité. Ce qu'elle offrait de tentant dans une ligamentopexie, c'est sa direction transversale, et la possibilité à priori de loger très en dehors de la ligne médiane, les ligaments ronds que l'on se propose de fixer à la paroi.

De la combinaison des deux méthodes résulte un procédé remarquablement simple. L'opération demeure

presque aussi rapide que s'il s'agissait d'une laparotomie exploratrice avec le procédé de Pfannenstiell. De fait l'introduction du ligament rond plicaturé dans la paroi ne nécessite pas un catgut supplémentaire, un seul point de plus que s'il s'agissait de refermer purement et simplement une paroi ouverte de façon un peu spéciale.

On se rappelle les temps caractéristiques du Pfannenstiell.

Section transversale de la peau, de l'aponévrose.

Isolement et séparation des grands droits.

Section médiane du péritoine.

Quand il s'agit de refermer on fait la suture des différents plans sectionnés dans l'ordre inverse.

Ceci dit, voyons quelles modifications apporte au Pfannenstiell l'inclusion ligamentaire que nous étudions. Nous passons sous silence les précautions générales habituelles, la désinfection plus particulièrement soigneuse de la région, l'utilité du Trendelenburg modéré, la recherche avant la ligamentopexie, de l'état anatomique des lésions.

A. — Incision de la paroi et ouverture de l'abdomen.

En principe inciser bas. Se tenir près du pubis et autant que possible près de la ligne transversale qui réunit les deux orifices internes du canal inguinal. La fixation des ligaments ronds sera plus basse et l'antéversion utérine mieux assurée. Chez certaines malades la paroi très souple permet de se loger très près du

pubis. Dans un des cas relatés, l'incision est en pleine région pubienne et la cicatrice absolument dissimulée. Notons en passant que le Pfannenstiel dans ces cas ménage le côté esthétique.

Les fervents du Pfannenstiel ont un peu tendance à inciser au niveau habituel de cette incision. C'est courir le risque de donner à l'utérus une attitude plaquée contre la paroi très comparable à celle que donne l'hystéropexie. Inciser bas, c'est assurer au contraire l'attitude plongeante du fond utérin.

Faire une hémostase soigneuse de la paroi. L'hémorragie est en effet aisée à ce niveau; dans ce tissu grasseux du mont de Vénus artérioles et veinules abondent. L'hématome est chose facile et quelques unes de nos opérées en ont présenté. Facile est aussi l'infection par la peau; chez une de nos malades un accident opératoire (déchirure d'un gant de Chaput à la fin de l'intervention) a permis une inoculation septique et une suppuration abondante et profonde. La pexie des ligaments ronds en est néanmoins restée correcte.

L'incision de l'aponévrose doit être calquée sur celle de la peau. Elle doit être large, dépasser nettement le bord externe des grands droits de chaque côté, être franche, nous voulons dire ne pas comporter sur les parties latérales au niveau du point où les lames musculaires sont isolables de section inégale. La reconstitution à ce niveau devra pouvoir être correcte. Mieux vaut pour assurer plus certainement à la fixation ligamentaire, une position basse, infléchir vers le pubis les extrémités de l'incision, qui dans son ensemble offre alors une très légère concavité tournée vers la symphise.

Nous verrons plus loin, que, dans le même but, mieux vaut glisser le bec de la pince chargée d'aller happer le ligament rond, sous la lèvre aponévrotique inférieure (pubienne) pour trouver toujours très bas le péritoine et toujours assurer par là une fixation aussi basse que possible.

La séparation des grands droits sur la ligne médiane, la section médiane du péritoine n'offrent rien de particulier. Il sera bon cependant d'amarrer soigneusement avec quelques pinces hémostatiques les lèvres de la séreuse; le péritoine bien maintenu ne risquera pas d'être tirailé, avalé pour ainsi dire lorsque tout à l'heure il sera traversé par la pince longuelette chargée ou non du ligament rond.

B. — Fermeture de la paroi et fixation simultanée des ligaments ronds.

Le ventre est ouvert; un écarteur (Ricard de préférence) a été placé. L'inspection du contenu abdominal se fait suivant les règles habituelles. On vérifie l'état de l'utérus, des annexes, de l'appendice. On procède, toutes compresses isolantes ayant été placées, au traitement des lésions constatées.

Du côté des annexes ce sera suivant les cas, l'ablation d'un petit kyste, le décollement d'adhérences périutérines ou périsalpyngiennes, la salpyngostomie dans le cas de trompes fermées, mais souples et nettement utilisables. Du côté de l'appendice, la résection d'un appendice douteux ou même la suppression en passant

d'un appendice inutile pour l'instant et peut être pour l'avenir redoutable. Ces opérations « à côté » pour ainsi dire de la fixation ligamentaire, sont à vrai dire, ce qui justifie dans la plupart des cas le choix de ce procédé opératoire. L'Alquié-Alexander est une opération si élégante, si simple, si efficace dans les cas de rétroversion simple !

Reste maintenant à traiter la rétroversion elle-même. On soulève l'utérus soit en utilisant l'hystérolabe, soit en pinçant tout simplement un petit pli séreux à la face antérieure de l'utérus. Il est ramené en avant, soulevé serait plus exact vu l'attitude de la malade. L'écarteur est enlevé, les compresses supprimées. Reste la fixation.

L'opérateur s'arme alors d'une pince fine, longue, un peu courbe. Il glisse deux doigts de la main gauche sous la lèvre droite de l'incision abdominale. L'aide écarte avec deux pinces les lèvres musculo-aponévrotiques de façon à bien découvrir le bord externe du grand droit. A ce niveau la paroi n'est plus représentée que par le péritoine doublé de lames conjonctives plus ou moins bien différenciées. Il convient de se rappeler que les vaisseaux épigastriques sont tout près. C'est au ras et en dehors du muscle grand droit que la pince longuette est introduite, trouant d'un coup sec le péritoine sous-jacent. L'opérateur retire alors les doigts qu'il avait introduits dans le ventre ; il ne fait que soulever légèrement les lèvres de l'incision médiane et, guidant, en le voyant bien, le bec de la pince longuette, va mordre le ligament rond à quelques centimètres de son insertion utérine. Puis il l'attire au

dehors, lui faisant traverser à frottement dur, pour ainsi dire, le très petit orifice créé à travers la séreuse.

A quel niveau faut-il happer le ligament rond ? C'est chose sans doute variable avec le degré de la rétroversion, avec la longueur du ligament rond, sa flaccidité. En général il suffit de le pincer à deux ou trois centimètres de son insertion utérine. L'utérus gardera ultérieurement une suffisante mobilité. La manœuvre est répétée du côté opposé. Aux deux extrémités de l'incision aponévrotique, émerge maintenant une anse de ligament rond replié sur lui-même en canon de fusil. Une bonne précaution consiste à fixer au ras de la séreuse l'anse en question, en la mordant légèrement à sa base du bec d'une pince qui sans l'écraser l'arrête, un peu, comme au cours d'une suture, on arrête un fil de catgut qu'on se réserve de nouer ultérieurement à autre fil.

Puis reste à fermer le ventre. Sans se préoccuper pour l'instant des ligaments ronds, on suture au catgut le péritoine. On réunit, on accole l'un à l'autre les muscles grands droits.

Reste à suturer les deux lames aponévrotiques, Leur suture va assurer la fixité ultérieure du ligament rond désormais inclus dans la paroi. Pour cela on commence très en dehors. L'aiguille traverse d'abord la lèvre supérieure de l'incision aponévrotique, traverse le double cordon formé par le ligament rond replié, traverse enfin la lèvre inférieure. On lie. Les deux lèvres aponévrotiques se juxtaposent, accolant fortement à leur ligne de réunion les ligaments repliés. De dehors en dedans trois ou quatre fils sont ainsi passés.

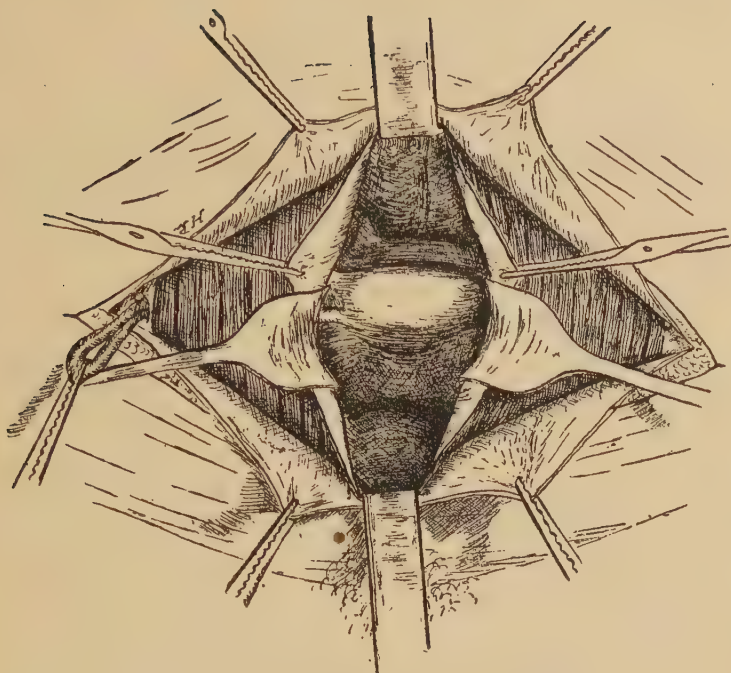


FIG. I. — Préhension du ligament rond.

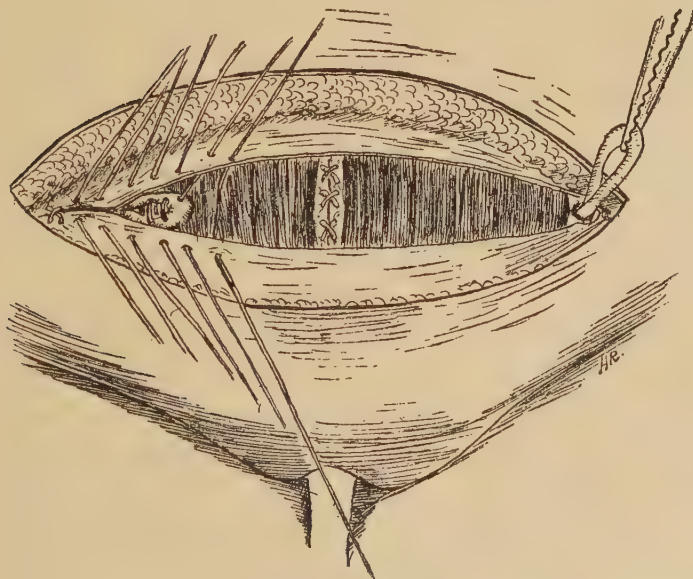


FIG. II. — Inclusion du ligament rond dans la suture aponévrotique.

Ces dessins sont dus à la plume de notre camarade Rossinès. Nous sommes heureux de le remercier ici.

Quand on a opéré de même sur les deux extrémités de l'incision aponévrotique, il reste sur la ligne médiane la place de deux ou trois points à mettre pour que la reconstitution de la lame aponévrotique soit complet.

Et c'est tout. L'opération n'a pas nécessité un point de plus que s'il se fut agi d'un Pfannenstiel ordinaire. Le ligament reste inclus entre le muscle et aponévrose. Comment s'y comporte-t-il ?

Il est d'abord probable qu'il y garde toute sa vitalité. Les fils qui l'embrochent et le maintiennent appliqués contre la lame aponévrotique ne font que le traverser, nulle part il n'est étranglé ; nulle part il n'est sectionné. Il restera fusionné avec les surfaces musculaires et aponévrotiques entre lesquelles il est logé, et pour quiconque a étudié sur un Pfannenstiel itératif (car le Professeur Pollosson a à son actif plusieurs cas d'incision transversales récidivées) ou sur une pièce d'autopsie, la façon dont la face postérieure de l'aponévrose, antérieure des muscles sont intimement fusionnés, nul doute que le ligament rond, malgré son revêtement péritonéal ne devienne bien partie intégrante de la paroi.

On termine par la suture de la peau, réalisée avec les procédés habituels. La tradition, au service de M. le Professeur Pollosson veut qu'on emploie un surjet cutané à la soie, procédé rapide, commode, peu dispendieux, qui permet aussi bien la fermeture rapide, à larges points de parois probablement infectés que la suture fine, microscopique qui assurera la ligne cic-

tricielle invisible « suture de millionnaire suivant l'expression chère à M. le Professeur agrégé Tixier ».

Telle est l'opération réalisée pour la première fois sous les yeux de M. le Professeur Pollosson par le Docteur Pellanda, moniteur de Clinique gynécologique. C'est la technique suivie dans la plupart des cas que nous rapportons. Elle n'a comporté à l'origine que de légères variantes sur un ou deux points.

C'est ainsi que dans un cas, on a tenté, l'anse ligamentaire attirée au dehors, de le dépouiller de sa séreuse, un peu comme s'il se fut agi d'une appendicectomie sous-séreuse. Mais dépouillé du péritoine le ligament rond se déchire. Il résiste fort mal aux pincements trop énergiques, aux manœuvres un peu brutales. D'où la nécessité de ne les mordre à la pince que très légèrement, incomplètement pour ainsi dire. Dans un autre cas au lieu de catgut n° 2 on a employé le tendon de Rennes. Dans un troisième, on a, par mesure de plus grande sûreté, mêlé au catgut des sutures aponévrotiques, un ou deux points de soie.

Rapidité et simplicité sont peut-être ce qui résume le mieux les prétentions de cette technique opératoire. L'intégrité des organes ou des plans est aussi respectée que possible: Bien conduite elle exige à peine une minute de plus que l'incision de Pfannenstiel toute seule. Or les avantages de cette dernière incision sont si grands, sa technique si simple, son exécution si rapide qu'on conçoit quelle préférence elle a rencontré

dans le service de M. le Professeur Pollosson, où dans ces dernières années plus d'un millier de laparotomies ont été exécutées sans une éventration consécutive à l'aide de ce procédé.

CHAPITRE V

Résultats opératoires

Ce procédé a été appliqué dans la clinique du Professeur Pollosson depuis le mois d'octobre 1910. Seize malades ont été ainsi opérées dans ce service. M. le Professeur agrégé Tixier, a également pratiqué plusieurs fois cette intervention ; nous avons choisi deux cas que nous avons cru typiques. Enfin le Docteur Pellanda nous a transmis deux observations sur des malades qu'il avait opérées en clientèle. Les treize premières observations que nous relatons ainsi, ne comportent pas de résultats éloignés, aussi, y sommes-nous brefs. Dans les sept autres, les malades ont été revues, et chaque fois des résultats anatomiques ont été bons. La date trop récente des premières opérations ne nous a pas permis d'avoir des résultats obstétricaux, mais il est fort à prévoir qu'ils seront bons, étant donné ceux excellents du Doleris typique et de l'Alquié-Alexander, dont le principe est le même.

OBSERVATION N° 1, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} J..., vingt-sept ans, entrée le 10 octobre 1910 dans le service. Opérée il y a un an à Bourg, d'appendicectomie et d'hystéropexie. On trouve à l'intervention, le 16 octobre, l'utérus rétroversé ; un cordon fibreux dur de deux à trois millimètres d'épaisseur, va de l'utérus à la cicatrice de la laparotomie ; sa longueur est de sept à huit centimètres. On fait un Doleris modifié. La malade quitte l'hôpital huit jours après en parfait état.

OBSERVATION N° 2, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} B..., trente-six ans, rentre dans le service le 20 décembre 1910. A l'examen, rétroversion nette avec adhérences. Intervention pratiquée le 30 décembre 1910. On trouve un gros utérus rétrofléchi et des ovaires gros, durs, d'une blancheur cicatricielle, rappelant des ovaires seniles. Doloris modifié. Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 3, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} S..., trente-sept ans. Opérée le même jour pour rétroversion marquée, réductible à l'hystéromètre, mais

contention impossible. Doloris modifié. Douglas très distendu, les ligaments utéro-sacrés ont perdu leur relief; annexes normales, pas d'adhérences.

OBSERVATION N° 4, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} G..., vingt-cinq ans, entre dans le service le 20 avril 1911, pour rétroversion mobile sans annexite. Intervention le 28 avril. On trouve un ovaire droit, gros, mou, œdémateux avec un kyste folliculaire à contenu clair. On le crève. Doloris modifié. Suites normales.

OBSERVATION N° 5, INÉDITE

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Tixier)

M^{lle} J..., trente-deux ans, entre dans le service pour des symptômes nets de salpyngite subaigüe. Palpation de l'utérus et des annexes très douloureuses. Intervention le 1^{er} juin 1911. On trouve l'utérus fortement rétrofléchi des annexes droites malades. On fait une ablation unilatérale, puis un Doloris modifié. Suites normales.

OBSERVATION N° 6, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{lle} G..., trente-trois ans. Rétroversion adhérente douloureuse. Intervention le 31 mai 1911. On trouve une ré-

troversion adhérente, une annexite gauche avec trompe fermée. Hématomes de l'ovaire. Ablation de l'annexe gauche. Doleris modifié. Suites normales.

OBSERVATION N° 7, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} M..., vingt-quatre ans. Intervention le 13 juin 1911. Doleris modifié.

OBSERVATION N° 8, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} T..., trente-cinq ans. Rétroversion. Salpyngostomie gauche. Doleris modifié régulier. Suites normales. 22 août 1911.

OBSERVATION N° 9, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} L..., 40 ans. Rétroversion adhérente. Même opération. Suites normales. 2 septembre 1911.

OBSERVATION N° 10, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} A..., vingt-sept ans. Appendicectomie. Doleris modifié. 22 septembre 1911.

OBSERVATION N° 11, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{lle} Ch... Appendicectomie et Doleris, modifié le 23 septembre 1911. Marche régulière.

OBSERVATION N° 12, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{me} D .., vingt-trois ans. Intervention le 10 octobre 1911. Rétroversion adhérente. Doleris modifié. Appendicectomie. Guérison normale.

OBSERVATION N° 13, INÉDITE

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Tixier)

M^{lle} Ch..., vingt-trois ans. Rétroversion douloureuse, consécutive à de mauvaises suites de couches. Bon état général. Le 19 octobre 1911, intervention. On enlève un gros ovaire droit kystique, et on fait un Doleris modifié typique. Bonnes suites.

OBSERVATION N° 14, INÉDITE

(du service de M. le Professeur Pollosson)

M^{lle} M..., dix-neuf ans, entre à l'hôpital le 1^{er} novembre 1910, pour rétroversion douloureuse adhérente, consécu-

tive à une infection post-abortive. Après repos au lit et thérapeutique vaginale, on pratique l'intervention le 15 novembre 1910.

On trouve l'utérus gros, mou, rétroversé, adhérent avec collection liquide dans le Douglas. Annexe gauche ouverte, adhérences molles, pseudo-membraneuses croisant en pont le pavillon. Le reste est souple. A droite trompe bouchée, dure, avec pus à l'intérieur. Les ovaires sont blanchâtres, un peu durs mais libres. Résection de la trompe droite, seule contenant du pus. Plicature en faufil du mésosalpynx gauche pour lutter contre la chute de l'annexe. On pratique ensuite le Doleris modifié.

Revue le 21 octobre 1911. — Souffre moins, mais règles durent quinze jours avec retards. Coût non douloureux. Pertes blanches. A maigri beaucoup.

Utérus en *très bonne attitude*, mobile, se laisse déplacer jusqu'à ce que le fond utérin se plaque contre la colonne. La paroi étant amincie et très facile à déprimer. Se laisse déplacer latéralement, très facilement, mais revient immédiatement à l'antéflexion normale.

OBSERVATION N° 15, INÉDITE

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Tixier)

APPENDICITE CHRONIQUE PROBABLEMENT BACILLAIRE.

APPENDICECTOMIE. LIGAMENTOPEXIE.

M^{me} B..., vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 28 octobre 1911, pour des douleurs au niveau de la région appendiculaire. Les antécédents héréditaires et collatéraux sont

très chargés. Père mort bacillaire ; six frères morts dans la première enfance : il n'en reste plus qu'un. Mère bien portante. Dans l'enfance rougeole, coqueluche, scarlatine et fièvre typhoïde. A douze ans, elle entre dans le service de M. Nové-Josserand, où l'on constate les symptômes d'un mal de Pott cervical inférieur, elle ne fut pas immobilisée. On lui ordonne seulement le repos couché sur une planche pendant un an. Puis elle porte un tuteur orthopédique jusqu'à dix-huit ans.

Mariée à dix-huit ans. Une fausse couche de six mois et demi, qui l'oblige à garder le lit douze jours. Puis trois enfants à intervalles assez rapprochés. Etat général peu brillant.

Entrée dans le service de M. Tixier, la malade présente quelques troubles digestifs, et de plus, des douleurs sans localisation bien nettes, au niveau de l'abdomen. Après avoir été examinée par M. Gauthier, qui élimine l'hypothèse d'une bacilliose rénale, on pratique le toucher vaginal qui révèle une légère douleur dans le cul-de-sac du vagin. On constate en plus une rétroversion utérine. On porte le diagnostic d'appendicite chronique et on pratique l'intervention.

Incision de Pfannenstiël. On trouve l'utérus en rétroversion absolue. Liquide séro-hématique abondant dans le Douglas. Trompes saines ; à droite dégénérescence kystique presque totale de l'ovaire, qu'on ponctionne d'abord, puisqu'on larde au thermocautère. Après avoir fait l'appendicectomie, on pratique la ligamentopexie, suivant le procédé que nous décrivons.

La malade est rentrée à l'hôpital dans le même service pour le mal de Pott dorsal. Le Professeur Tixier constate

que l'utérus est, malgré l'état général plutôt précaire de la malade, en parfaite position. Or, faisons remarquer en passant, que l'appendicite chronique et la rétroversion étaient des causes suffisantes pour affaiblir les ligaments ronds par inflammation propagée. On peut donc se fier sans crainte à ces ligaments.

OBSERVATION N° 16, INÉDITE

(du service de M. le Professeur A. Pollosson)

M^{lle} S..., vingt-quatre ans, entre à la Charité, le 20 mai 1911, pour douleurs au niveau du bassin. Elle a eu il y a six mois une fausse couche, à la suite de laquelle douleurs parfois intolérables. Asthénie et excitabilité particulière. Règles douloureuses avec retards fréquents. Coût douloureux. Constipation opiniâtre.

A l'examen, on constate une rétroversion classique. Intervention : ligamentopexie abdominale le 2 juin 1911.

Revue le 21 octobre 1911. — Souffre moins, règles un peu moins douloureuses, mais souffre pour aller à la selle lorsque les règles vont venir. La douleur disparaît quand les règles sont venues.

Se sent « plus forte des reins », n'a plus de douleurs dans le bas ventre. Cicatrice pas du tout douloureuse. A engraisé de trois kilog. Utérus en très bonne attitude. Paroi abdominale mince. On ramène facilement l'utérus au contact de la colonne, mais il se remet de lui-même en antéversion.

OBSERVATION N° 17, INÉDITE

(du service de M. le Professeur A. Pollosson)

RÉTROVERSION. LIGAMENTOPEXIE

M^{me} G..., vingt-quatre ans, entre à la Charité le 15 juillet 1911 pour des symptômes nets de rétroversion si douloureuse, qu'elle empêche tout coït. Après repos et soins du vagin, on tente la réduction de l'utérus qui est petit, rétrofléchi, rétroversé. On ne parvient pas à le réduire. Pendant cette opération, on sentait les ligaments se tendre et la malade accusait de vives douleurs.

Intervention le 31 juillet 1911. Utérus petit, fortement rétrofléchi et rétroversé. Annexes saines, libres d'adhérences. L'opération est difficile; on a beaucoup de peine à mettre l'utérus en antéversion, les ligaments utéro-sacrés formant une corde qu'on sent par le toucher immédiatement après l'opération. On se trouve en présence d'une rétroflexion congénitale. Néanmoins, on pratique malgré cette circonstance défavorable, la ligamentopexie par le procédé que nous décrivons.

Revue le 21 octobre 1911. — Règles régulières. Pertes blanches peu abondantes ne tachant pas le linge. Souffre du fondement seulement à mi-distance entre les règles. Pas de constipation. Cicatrice indolore.

Utérus en parfaite attitude. On ne sent absolument pas les ligaments utéro-sacrés que l'on percevait après l'intervention, durs, tendus comme des cordes. Douglas souple. Antéflexion parfaite.

OBSERVATION INÉDITE N° 18

(du service de M. le Professeur A. Pollosson)

M^{lle} P..., dix-huit ans, ménagère, entre à la Charité le 20 juillet, dans le service du Professeur A. Pollosson, pour des douleurs pelviennes exagérées par la fatigue. Pertes blanches. A l'examen on constate une rétroversion douloureuse adhérente.

Le 2 août 1911, on intervient, on trouve un utérus gros, lourd, rétroversé, des ovaires scléreux probables. On fait un Doléris modifié.

Hématome. — Suppuration de la paroi; la malade part. La malade est revue par le Docteur Pellanda fin septembre. Malgré les accidents de la plaie, la ligamentopexie a bien tenu. Le coït qui était douloureux avant l'opération a cessé de l'être. Les règles sont encore un peu douloureuses, mais la malade a engraisé de trois kilog. et peut faire son métier de ménagère. Antéflexion normale.

OBSERVATION N° 19, INÉDITE

M^{me} B..., vingt-six ans. Mariée en 1907. Trois mois après le mariage, à l'occasion de règles plus particulièrement douloureuses, on constate une rétroversion mobile. L'utérus est lourd, allongé, rétrofléchi. Il semble qu'il y ait brièveté congénitale du cul-de-sac antérieur qui se tend, surtout sur la ligne médiane, dans les tentatives de redressement.

En mai 1908, redressement de l'utérus à l'hystéromètre, toutes les tentatives de réduction digitale ayant échoué. Pose d'un pessaire. Grossesse dans les deux mois qui suivent.

Accouchement à terme, normal. Malgré la pose d'un pessaire, l'utérus se remet en rétroversion-flexion.

Au cours de 1910-1911, la malade ne peut supporter son pessaire que pendant quinze jours. Au bout de ce temps, elle accuse de violentes douleurs dans la jambe gauche, et on constate la présence au-dessous de l'arc postérieur du pessaire de l'ovaire gauche prolabé et coincé. L'existence s'écoule ainsi pour elle à garder sa rétroversion réduite mais douloureuse du fait de ce coincement inévitable, ou à se passer de pessaire et à voir son utérus retomber.

En juillet 1911, Doleris modifié. Ablation de l'annexe gauche prolabée, ovaire dur, scléreux, augmenté de volume. Disparition immédiate des douleurs du membre inférieur gauche.

Revue à plusieurs reprises, l'utérus reste en très bonne position. Le malade ne souffre plus, a pris plusieurs kilog., mène une vie active.

OBSERVATION N° 20, INÉDITE

M^{lle} X..., dix-neuf ans. Rétroflexion constatée il y a deux ans et traitée sans succès par les manœuvres de massage rectal (malade vierge). Ces tentatives de redressement échouent.

Intervention en août 1911. Doleris modifié. Utérus petit, rétrofléchi. Intervention correcte.

Revue trois mois après, se dit soulagée. L'utérus est en parfaite position, mais les douleurs liées à un état abdominal complexe (ptose, entérosolite), n'ont pas été influencées par l'intervention (peut être immédiatement).

CONCLUSIONS

1° Les ligaments ronds jouent un rôle non exclusif, mais prépondérant dans l'antéversion physiologique.

2° Les hystéropéxies directes par la voie vaginale ou abdominale, tout en réalisant une contention parfaite, ne semblent de mise que dans le cas de rétroversion associée aux divers types de prolapsus. Elles paraissent contr'indiquées chez les sujets jeunes, capables de grossesses ultérieures.

3° La fixation la plus physiologique paraît être celle qui vise à raccourcir par résection ou plicature les ligaments ronds allongés.

4° L'Alquié-Alexander, opération parfaite d'exécution et de résultats, doit être réservée aux cas de rétroversion pure où ne persiste aucun doute sur l'intégrité des annexes et du petit bassin.

5° Parmi les opérations intra-abdominales, la méthode de Doleris (plicature et inclusion intra-pariétale des ligaments ronds) semble satisfaire au maximum de desiderata.

6° La substitution à l'incision classique de l'incision

de Pfannenstiel, apporte à l'intervention une *rapidité*, une *simplicité* opératoires très appréciables. La *solidité ultérieure* de la cicatrice, la *fixation définitive* de l'utérus en bonne position, contrôlée par un nombre de faits suffisant, paraissent justifier la modification de détail apportée à l'opération classique de Doléris.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 novembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOIN. — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétroversions de l'utérus. Thèse de Paris 1890.
- CHAPUIS. — La réfection musculaire du plancher pelvien dans le traitement des grands prolapsus génitaux. Thèse de Lyon 1910.
- CHEVRIER. — Dénudation des ligaments ronds ; leur inclusion pariétale et intercicatricielle dans le traitement des rétroversions utérines. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. Mai 1910.
- DOLERIS. — *La Gynécologie*. 1898, n° 6.
- Du même.* — Raccourcissement des ligaments ronds. Modification du manuel opératoire consistant dans la réunion et la suture des extrémités des ligaments. *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*. 1889.
- Du même.* — De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds. *Nouvelles Archives d'Obstétrique*. 1886.
- FERRY (Camille). — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intrapéritonéale par les ligaments ronds dans les rétrodéviations. Thèse de Paris 1905-1906.
- FIGMÉRA. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. Thèse de Paris 1902-1903.
- FUMEY. — Etude du traitement des rétroversions de l'utérus. Thèse de Paris 1900.
- HARTMANN. — Gynécologie opératoire, 1911.
- HUET. — Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Voie sus-pubienne. Thèse de Paris 1900-1901.

- LAMORT. — De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical. Thèse de Bordeaux 1893-1894.
- MUNDÉ. — The value of Alexanders opération in *American Journal of Obstetrics*. 1888, t. XXI, p. 1132.
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 1905.
- RICHELOT. — Chirurgie de la vulve du vagin et de l'utérus.
- TRELAT. — Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes. *Semaine Médicale*, 4 juillet 1888, p. 261.
-

Imprimerie DUCROS & LOMBARD. — Valence.
